履歴書

記　　載　　例

○○年○○月○○日 現在

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | まるまる　たろう | | \*　男・女 | 旧氏名 | 西暦で記入 | 写真  (30×40)  写真はスーツ着用、  白衣不可 |
| 氏名 | ○ ○ 太 郎 | |
| 生年月日 | ○○年○○月○○日(○○歳) |
| 現職 | ○○病院　○○科　医師  ※ 川崎医科大学、附属病院・総合医療センター・  高齢者医療センターに在籍されている場合は  それぞれの職名を正確に記入ください。  例　 川崎医科大学　眼科学1　臨床助教  　　 川崎医科大学附属病院 眼科 ｼﾆｱﾚｼﾞﾃﾞﾝﾄ ２年  　　 川崎医科大学　脳卒中医学　講師  　　 川崎医科大学総合医療センター　脳卒中科　医長 | | | | |
| 現住所 | 〒　　○○ 県 ○○ 市 ○○ 町 ○○‐○○  　携帯TEL: 　　　　　　 　 E-mail: | | | | |
|  |  |  | | | | |
| 西暦で記入  学歴 | 年　　月  ○○年　3月  ○○年　4月  ○○年　3月  ○○年　4月  ○○年　3月 | ○○県立○○高等学校　卒業  ○○大学医学部　　 入学  　　　 同　　上　 　 卒業  ○○大学大学院医学研究科　入学  　　　 同 　上 修了 | | | | |
| 医師免許 | ○○年○○月○○日 | 医籍登録番号 （第 ○○○○○○○ 号） ［第○○ 回医師国家試験合格］ | | | | |
| 学 位 | ○○年○○月○○日 | 医学博士または博士(医学) 甲(乙)　第　○○　号 （○○　大学） | | | | |
| 資格 | ○○年○○月○○日 | 日本○○学会認定　○○科専門医　第○○○号 | | | | |
| ○○年○○月○○日 | OSCE評価者講習会受講※受講者は受講証（写）を添付。  受講がない場合は「なし」と記入。 | | | | |
| ○○年○○月○○日 | 卒後臨床研修指導医養成講習会受講（　　　　　　　　病院） | | | | |
| 職歴 | 年　　月　　日  ○○年○○月○○日  ○○年○○月○○日  ○○年○○月○○日  ○○年○○月○○日  ○○年○○月○○日  ○○年○○月○○日  ○○年○○月○○日  ○○年○○月○○日  ○○年○○月○○日  ○○年○○月○○日    **＊履歴書記載にあたっての注意事項＊**    1. パソコンで作成か、または楷書（黒インク）で明瞭に記入してください。  2.　西暦を使用してください。  3. 学歴・職歴の記載にあたっては、空白の期間がないよう、漏れなく記入してください。始期（入学、就職等）と終期（卒業、退職等）の日付を正確にご記入ください。  4.　学歴に予備校入学・卒業は記載しないでください。  5. 専門医、学位等の記載漏れがないよう注意してください。  （博士学位名は、受領が1991年（平成3年）6月までが　『○○博士』、　それ以降は『博士（○○）』となります。） | ○○医科大学附属病院　○○科　研修医  同　　上　　　　　修了  〇〇医科大学　○○学　臨床助教  〇〇医科大学附属病院　○○科　シニアレジデント  同　　上　　　　　退職  OSCE評価者講習会とは、共用試験実施評価機構が実施する臨床実習前OSCE評価者認定講習会を指します。  ※学内で実施する共用試験OSCE内部評価者講習会は対象外です。  ○○医科大学附属病院　○○科　医員  同　　上　　　　　退職  ○○病院　○○科　医師  同　　上　　　　　退職  ○○病院　○○科　医師  現在に至る | | | | |
| 学会その他における活動等 | 年　　月　　日 |  | | | | |
| 賞罰 | 年　　月　　日 |  | | | | |

\*性別欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。 川　崎　医　科　大　学